

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

187

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

René GIROT

Né le 24 Mars 1909, à Rosières (Somme)

LES HÉMATOMES SPONTANÉS
DES
GRANDS DROITS DE L'ABDOMEN

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

AMIENS
IMPRIMERIE NOUVELLE
28-30, Rue des Veigeaux

1935

LES HÉMATOMES SPONTANÉS
DES
GRANDS DROITS DE L'ABDOMEN



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

René GIROT

Né le 24 Mars 1909, à Rosières (Somme)

LES HÉMATOMES SPONTANÉS DES GRANDS DROITS DE L'ABDOMEN

Président : M. Pierre DUVAL, Professeur

AMIENS
IMPRIMERIE NOUVELLE

28-30, Rue des Vergeaux

—
1935

I. - PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	N...
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologique	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBOULLET.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. - AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD Henri ... Pathologie médicale.
 BERNARD Etienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON Physiologie.
 FEY Urologie.
 GALLIARD Parasitologie.
 GASTINEL Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES... Pathologie.
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD Histologie.
 HAGUENEAU Pathologie médicale.
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ Henri Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.
 LANTUÉJOUL Obstétrique.

MM.

LAROCHE Guy ... Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale.
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI ... Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS . Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHTER Physiologie.
 SANNIÉ Chimie biologique.
 SÉNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIER Pathologie expérimentale.
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.

III. - AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLET-BERT . Physiologie.

MM.

LEROUX Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE .. Parasitologie.
 ZIMMERN Physiologie.

IV. - AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE		BROcq	
AUBERTIN		CADENAT	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL		HEITZ-BOYER	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		VELTER	
LIAN			
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT			
SÉZARY			

MM.

GUÉNIOT	} Clinique obstétricale.
LE LORIER	
LÉVY-SOLAL	
METZGER	

V. - CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON PÈRE

A MA MÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE :

M. LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Membre de l'Académie de Médecine,
Professeur de Thérapeutique chirurgicale à la Faculté de Médecine,
Chirurgien de l'Hôpital Vaugirard,
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Pour le remercier du très grand honneur qu'il
nous fait en acceptant de présider notre
thèse.*

A MES JUGES

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOURDAT

*Qui nous a inspiré le sujet de cette thèse.
Qu'il veuille bien trouver ici nos respec-
tueux hommages et l'expression de nos
sentiments reconnaissants pour son ensei-
gnement et l'amitié qu'il nous a toujours
témoignée.*

A MES MAITRES DANS L'INTERNAT :

A MONSIEUR LE DOCTEUR SOURDAT

Chirurgien des Hôpitaux

A MONSIEUR LE DOCTEUR DE BUTLER D'ORMONT

Chirurgien des Hôpitaux
Professeur de Pathologie externe

A MONSIEUR LE DOCTEUR MERLE

Médecin des Hôpitaux
Professeur de Clinique médicale

A MONSIEUR LE DOCTEUR BAX

Médecin des Hôpitaux
Professeur de Bactériologie

A MONSIEUR LE DOCTEUR LABARRIÈRE

Directeur de l'Ecole de Médecine et de Pharmacie d'Amiens

AUX PROFESSEURS
DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE
D'AMIENS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX D'AMIENS

A MES CAMARADES
D'ÉTUDES ET D'INTERNAT

LES HÉMATOMES SPONTANÉS

DES

GRANDS DROITS DE L'ABDOMEN

INTRODUCTION

Nous n'avons pas la prétention de présenter un travail original, résultat de nos propres recherches scientifiques, car il nous manque l'expérience clinique nécessaire à l'édification d'une thèse de réelle valeur.

Nous avons essayé de rassembler dans ce travail ce qui est connu sur la question.

Nous avons volontairement insisté sur l'étiologie de ces hémorragies intra-musculaires se produisant spontanément au niveau du grand droit de l'abdomen ; les observations que nous connaissons à l'heure actuelle sont peu nombreuses, mais l'origine en est assez variée. Nous avons pu rassembler quelques cas nouveaux que nous devons à l'obligeance de MM. les Docteurs SOURDAT et DE BUTLER. Deux de ces cas nous ont paru dépendre de l'hypertension artérielle ; nous les rapportons ici.

Ces observations, malheureusement trop peu nombreuses, ne nous ont pas permis de conclure nettement, mais il nous a été possible de faire certaines constatations et d'établir des comparaisons avec les autres cas déjà connus ayant une étiologie différente.

C'est peut-être peu, mais si nous réussissons à faire un résumé modeste autant que classique des travaux qui ont été faits sur notre sujet, si notre thèse est feuilletée avec quelque profit par ceux qu'elle intéressera, notre travail n'aura pas été complètement inutile.

Il ne nous reste qu'à remercier ceux qui nous ont aidé, guidé dans notre travail, avant d'aborder notre sujet, que nous diviserons ainsi :

I. — Rappel anatomique sur les grands droits de l'abdomen ;

II. — Physiologie des grands droits ;

III. — La clinique :

a) Quelques observations ;

b) Anatomie pathologique ;

c) Symptomatologie ;

IV. — Diagnostic ;

V. — Pathogénie ;

VI. — Etiologie ;

VII. — Evolution. — Pronostic ;

VIII. — Traitement.

ANATOMIE

LES GRANDS DROITS DE L'ABDOMEN

Le grand droit de l'abdomen est un muscle long et aplati qui s'étend du pubis au sternum et aux côtes moyennes. Il est à la fois plus mince et plus large en haut qu'en bas.

INSERTIONS. — (*En bas*).

Il prend naissance en bas sur le corps du pubis, dans tout l'intervalle compris entre l'épine et l'angle sur le bord antérieur de l'os ; il s'insère quelquefois aussi sur la face antérieure, quand le pyramidal n'existe pas. Cette insertion se fait par un tendon aplati et quadrilatère, qui se divise en deux languettes, dont l'une, l'externe, est toujours plus large et plus mince. L'interne est plus épaisse, moins haute, et ses fibres s'entrecroisent parfois avec celles du côté opposé.

De la bandelette externe se détache, en dehors, une expansion triangulaire, connue sous le nom de ligament de HENLÉ. Le bord externe de ce ligament est libre, son bord inférieur ou base s'attache à l'épine du pubis et à la crête pectinéale. Le ligament de Henlé est très fréquemment renforcé, en avant, par des éléments tendineux pro-

venant du tendon conjoint (Rouvière). Du pubis, les fibres musculaires se dirigent en haut, en suivant une direction verticale (fibres internes) ou oblique en dehors (fibres externes).

(*En haut*).

Arrivé au thorax, le muscle se divise en trois languettes : la languette externe est la plus large et la plus haute, elle s'insère sur le bord inférieur du cinquième cartilage costal. La languette interne, sur le septième et le ligament costo-xiphoïdien ; quelquefois sur l'appendice xiphoïde (TESTUT).

DESCRIPTION.

Le muscle droit de l'abdomen est interrompu de distance en distance par des coupures ou intersections aponevrotiques dont le seul caractère constant est la variabilité.

En général, on en compte trois ou quatre, une au niveau de l'ombilic, deux au-dessus, et une au-dessous (TESTUT). Les fibres musculaires sont donc plus longues dans la partie inférieure. Les statistiques de LOTH nous donnent les chiffres suivants pour la race blanche : il trouve deux intersections dans 3 % des cas, trois dans 38 %, quatre dans 57 % et même cinq dans 10 % des cas. L'augmentation de ces intersections serait un caractère primitif : les nègres ont des muscles droits à intersections plus nombreuses.

Ces détails sont utiles pour connaître le mécanisme et le siège des hématomes que l'on rencontre dans ces muscles et nous y reviendrons par la suite.

Signalons enfin que ces intersections occupent toute la largeur du muscle ou seulement une partie, qu'elles sont rectilignes ou en zig-zag.

RAPPORTS.

En faisant abstraction des gaines que nous étudierons spécialement, le muscle est en rapport :

En avant — avec le pyramidal (en bas) et la peau.

En arrière — avec le fascia transversalis, le péritoine et les viscères.

En dehors — le bord externe répond à l'angle de réunion de deux lames qui constituent sa gaine fibreuse.

En dedans — le bord interne est séparé de l'opposé par la ligne blanche.

APONÉVROSES (*gaine du grand droit*).

Les aponévroses des trois muscles grand oblique, petit oblique et transverse enveloppent le muscle grand droit et lui constituent sa gaine. Cette gaine a la même configuration que le muscle, elle offre donc deux parois et deux bords.

(*Paroi antérieure*).

Elle est constituée par l'aponévrose du grand oblique doublée sur sa face profonde par le feuillet antérieur de l'aponévrose du petit oblique. Dans son quart inférieur, cette paroi déjà très épaisse, se trouve renforcée par le feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique et par l'aponévrose du transverse. Autrement dit, dans son quart inférieur, la paroi antérieure est constituée par trois aponévroses.

(Paroi postérieure).

Elle est constituée par le feuillet postérieur de l'aponévrose du petit oblique, doublé par l'aponévrose du muscle transverse. Cette lame n'existe que dans les trois-quarts supérieurs car, à ce niveau, elle passe en avant comme nous venons de le voir. Dans le quart inférieur, le grand droit est en rapport direct avec le fascia transversalis (aponévrose d'enveloppe postérieure du muscle transverse).

En définitive, la paroi est tendineuse en haut, fibreuse en bas. A la limite se trouve l'arcade de Douglas.

L'absence d'aponévrose en bas serait due à la vessie qui, pendant la période fœtale, est située immédiatement en arrière du grand droit et qui empêcherait l'aponévrose de se développer sur ce point (GEGENBAUR).

(Bord externe).

Dans ses trois-quarts supérieurs, il est en rapport avec la bifurcation de l'aponévrose du petit oblique et dans le quart inférieur, il répond à l'angle dièdre formé par l'aponévrose du transverse en avant et le fascia transversalis en arrière.

(Bord interne).

Ce bord répond à la ligne blanche formée par la rencontre des aponévroses antérieures et postérieures. La ligne blanche s'étend de l'appendice xiphoïde à la symphyse pubienne.

Les fibres du grand oblique et du petit oblique dirigées en sens opposé s'entrecroisent comme le cannage d'une chaise (GRÉGOIRE).

L'ombilic occupe à peu près le centre de la ligne blanche qui s'élargit à cet endroit.

Les aponévroses antérieures et postérieures s'insèrent sur les intersections du muscle, formant ainsi de petites loges qui enserrant la couche celluleuse péri-musculaire.

IRRIGATION.

I. — SYSTÈME ARTÉRIEL.

Le sang artériel est amené aux muscles par plusieurs artères.

a) *Artère épigastrique.*

Elle croise le bord externe du muscle en bas ; elle chemine ensuite de bas en haut. Jusqu'à l'arcade de Douglas elle est située en avant du fascia transversalis (GRÉGOIRE). A partir de l'arcade elle monte dans la gaine du muscle en arrière du corps charnu jusqu'à l'ombilic à la hauteur duquel elle pénètre le muscle. On doit distinguer alors trois sortes de vaisseaux :

les uns s'épuisent dans les muscles ;

les autres s'anastomosent dans l'épaisseur du muscle, avec la branche abdominale de l'artère mammaire interne ;

d'autres enfin, après avoir traversé le muscle, vont aux téguments et s'unissent dans le tissu cellulaire sous-cutané aux ramifications terminales de la sous-cutanée abdominale, des lombaires et de la mammaire interne.

b) *Circonflexe iliaque.*

Elle ne donne que quelques rameaux qui viennent

de sa branche circonflexe et qui s'anastomosent avec les rameaux inférieurs de l'épigastrique.

c) *Artère mammaire interne.*

Sa branche terminale descend dans la gaine du droit ; elle s'anastomose avec l'épigastrique au niveau de la région ombilicale.

Il existe entre les branches de ces artères un riche réseau anastomotique dans l'épaisseur même du muscle ; ce réseau constitue donc une importante voie collatérale pour le rétablissement de la circulation lorsqu'il existe un obstacle au cours du sang dans l'artère aorte.

II. — SYSTÈME VEINEUX.

Il est formé par les veines mammaires internes et épigastriques qui accompagnent les artères du même nom, et s'anastomosent entre elles et avec les veines sous-cutanées abdominales qui cheminent dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Ces dernières s'anastomosent en haut avec les veines thoraciques. Elles forment alors un riche réseau qui peut devenir variqueux ; elles dessinent dans ce cas, autour de l'ombilic, un lacis très accusé connu en clinique sous le nom de « Tête de Méduse ».

III. — SYSTÈME LYMPHATIQUE.

Les vaisseaux lymphatiques suivent le trajet des vaisseaux sanguins. Ils se relaient dans des ganglions situés tout le long des artères.

INNERVATION.

Les nerfs sont situés sous le muscle, entre celui-ci et le feuillet aponévrotique postérieur. Ils proviennent des six ou sept derniers intercostaux et des deux abdomino-génitaux. Ils sont destinés aux muscles eux-mêmes en partie. Les autres vont aux téguments qui les recouvrent par les rameaux perforants internes et externes.

COUCHES RETRO-MUSCULAIRES.

Ces couches rétro-musculaires nous intéressent ici tout particulièrement car les hématomes des droits se développent souvent dans leur épaisseur.

En arrière du muscle grand-droit nous rencontrons successivement :

a) Le fascia transversalis renforcé en bas au niveau du pubis par un petit ligament désigné sous le nom de : « adminiculum lineae albae » ;

b) Le tissu cellulaire sous-péritonéal dans lequel cheminent l'artère mammaire interne, en haut, et l'artère épigastrique en bas ;

c) L'aponévrose ombilico-prévesicale (TESTUT), l'ouraque et les artères ombilicales ;

d) Le péritoine qui recouvre les viscères abdominaux ; ces derniers pourront, dans certains cas cliniques, apporter la confusion avec un hématome des droits et réciproquement.

PHYSIOLOGIE

Le grand droit de l'abdomen a tout d'abord à remplir un rôle de défense vis-à-vis des viscères abdominaux en leur servant, pour ainsi dire, de bouclier ; mais là ne s'arrête pas son rôle.

Prenant un point fixe sur le pubis, il abaisse les côtes et fléchit le thorax sur le bassin : il est donc expirateur et fléchisseur du thorax. C'est ce qui explique, en cas d'hématome, l'augmentation de la douleur pendant l'inspiration. Le relâchement musculaire faisant cesser la douleur ou tout au moins l'atténuant, explique l'attitude « pliée en deux » des malades.

Lorsque, inversement, le muscle prend son point fixe sur les côtes, il fléchit le bassin sur le thorax.

Le muscle décrit dans le sens vertical une courbe à concavité postérieure ; en se contractant il se redresse et comprime les organes intra-péritonéaux. Il favorise donc ainsi l'expulsion des urines (miction) des matières fécales (défécation) du contenu gastrique (vomissements) du contenu utérin (parturition).

En se contractant séparément, chaque droit aide à fléchir, à incliner latéralement et à faire tourner le bassin.

Enfin, sa contracture partielle et localisée nous indique souvent le siège d'une lésion sous-jacente et nous fournit alors ainsi un signe clinique de tout premier ordre.

QUELQUES OBSERVATIONS

OBSERVATION N° 1

(Docteur SOURDAT)

Hématome chez une hypertendue

Le 23 décembre 1933, le Docteur SOURDAT est appelé par le Docteur F..... auprès d'une femme de 52 ans, qui, dans la matinée, en faisant son ménage, mais sans avoir fait d'effort apparent, avait ressenti subitement une violente douleur dans le côté gauche du bas-ventre.

A ce moment il semble bien que cette douleur localisée soit le seul symptôme de son mal.

Il n'y a pas de vomissement ni de température.

Bientôt la douleur va en s'accroissant et la patiente est obligée de se reposer. Le pouls s'accélère.

Pourtant elle va à la selle ; elle mange un peu à midi, mais à quatorze heures, souffrant beaucoup, elle se rend chez son médecin qui habite en face de chez elle, où elle arrive pliée en deux.

Après examen, le Docteur F..... convoque le Docteur SOURDAT, qui arrive à 16 h. 30.

D'après l'interrogatoire, il apprend que la femme a fait, il y a quelques années, de très fortes métrorragies qui ont été traitées par la radiothérapie ; vingt séances

ont été faites qui ont installé la ménopause, laquelle fut définitive.

Cette femme a également une très forte tension artérielle (maxima : 24 ; minima : 12), pour laquelle son médecin la soigne encore actuellement.

A l'examen on constate une tuméfaction ferme, très sensible au palper, qui bombe dans la moitié gauche de l'hypogastre.

La paroi abdominale, à ce niveau, est dure, contractée, empêchant un palper approfondi, de sorte qu'il n'est guère possible de bien délimiter cette tuméfaction qui paraît grosse comme une orange et semble s'enfoncer dans le petit bassin.

Au toucher, le col est conique, l'utérus plutôt petit et retro-fléchi, mobile, et les culs de sac sont libres, on ne croit donc pas pouvoir incriminer une torsion de fibrome pédiculé, cet utérus n'étant aucunement fixé ni attiré vers le haut.

Aucun passé colitique ne fait supposer qu'il puisse s'agir d'un néoplasme du colon gauche.

On se rallie à l'hypothèse de torsion d'un ovaire kystique, les précédentes métrorragies permettant de supposer que les annexes étaient pathologiques.

Devant tous ces signes aigus et aussi pour calmer les douleurs de cette femme qui sont devenues intolérables, on décide une laparotomie qui est pratiquée à 18 h. 30.

L'incision médiane conduit sur une infiltration sanguine de la paroi. maxima du côté gauche où bombe la tuméfaction.

Dès l'incision de l'aponévrose, la paroi apparaît épaisse, dure, œdématisée, ecchymotique, et enfin apparaissent un

peu de sang noir et des caillots ; il s'agit d'un hématome diffus du muscle grand droit de l'abdomen, côté gauche.

Sans davantage chercher à dilacérer le muscle dont l'infiltration sanguine s'étend du pubis à l'ombilic, on fait une boutonnière péritonéale, pour bien s'assurer que la cavité abdominale est intacte ; en effet le péritoine est normal, l'utérus est petit, libre, les annexes gauches normales ; il n'y a ni sang, ni liquide dans le Douglas. Mais par cette boutonnière on constate bien la tuméfaction, qui donne au grand droit l'épaisseur du poing et qui est dure : il n'y a pas de collection sanguine à évacuer, c'est une infiltration diffuse du corps musculaire, par le sang provenant évidemment de la rupture des vaisseaux épigastriques. La paroi est suturée et un bandage compressif appliqué sur l'abdomen.

Les suites opératoires furent simples et la résorption de l'hématome s'opéra lentement pendant la période normale d'immobilisation de l'opérée.

OBSERVATION N° 2

(In thèse Paris : POULAIN, 1924)

Hématome chez un hépatique

M. Eugène H....., 34 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur de l'hypocondre droit.

Marchand de bestiaux, obèse, à la face couperosée, le malade a un passé éthylique évident à première vue. Il avoue du reste avec bonne humeur « quelques excès ».

Il a constaté depuis quelque temps, la présence, dans la région de sa vésicule biliaire, d'une masse arrondie, grosse comme un œuf.

A la palpation, on sent une masse arrondie, non douloureuse, du volume apparent d'un œuf, nettement circonscrite, dont la consistance ferme et même ligneuse, contraste avec celle, élastique, du reste du foie.

Foie régulier, débordant le rebord costal de deux travers de doigts.

Pas d'ictère, ni de passé lithiasique. Pas d'ascite.

Très discrète circulation veineuse abdominale.

Rate perceptible à la percussion.

Le diagnostic reste hésitant. Après avoir éliminé le kyste hydatique du foie, on discute les hypothèses peu satisfaisantes de cholécystite calculeuse et de gomme siphylitique du foie.

On se propose de demander à la radiographie et au traitement d'épreuve un complément de renseignements. Mais le malade, impatient de se faire opérer, force la main du chirurgien. On pratique une incision transversale de

l'hypocondre droit ; la tuméfaction reste dans la lèvre supérieure de l'incision. Elle est pariétale, légèrement rénitente et même dépressible en un point. On l'incise, il s'écoule du sang noirâtre avec quelques caillots. La cavité époncée a les dimensions d'une noix verte, elle est limitée par les fibres musculaires. On referme la paroi avec quelques difficultés, les fibres du grand droit s'étant considérablement rétractées. Suites opératoires simples. Le malade est resté un mois à l'hôpital.

Un interrogatoire rétrospectif a permis d'apprendre du malade que la tuméfaction était apparue une quinzaine de jours avant son entrée à l'hôpital. Etant enrhumé, il avait été pris, au cours d'une quinte de toux, d'une douleur violente dans la région correspondant à la tumeur. Sur le moment il avait eu l'impression d'une sorte de déchirure ; puis la douleur s'était atténuée, reparaissant seulement au moment des accès de toux.

OBSERVATION N° 3

(Docteurs SOURDAT et DE BUTLER)

Hématome chez un variqueux

Le 18 mars 1934, le Docteur R..... amène à la clinique un homme de 55 ans, qui, à l'occasion d'un léger effort, avait ressenti une douleur dans l'hypogastre, à gauche ; il apparut alors une tuméfaction, bombant à gauche de la ligne médiane, au niveau du grand droit de l'abdomen.

Cette tuméfaction qui était rénitente vers le haut et plus dure en bas, donnait alors l'impression d'une éven-tration étranglée : mais aucune cicatrice n'existait sur la peau et le malade n'accusait pas de hernie. La tuméfaction paraissait faire corps avec la paroi.

Le reste de l'abdomen semblait normal, à part une légère contracture localisée au muscle droit du côté gauche et non à tous les muscles de cette région.

Le foie et la rate paraissent normaux.

Il existe de grosses varices au niveau des jambes et du varicocèle du côté gauche.

Pas de vomissement, pas de signe d'obstruction. Pas de température.

Une intervention exploratrice plutôt que curatrice d'emblée est décidée.

Une incision sur la masse découvre un tissu cellulaire ecchymotique, puis l'aponévrose de la gaine musculaire ; elle est incisée, à son tour, et font saillie des caillots et du sang noir, décollant le muscle vers le bas.

On ne voit pas saigner les vaisseaux épigastriques.

Les caillots sont évacués et l'hématome est tamponné autour d'un drain, la plaie n'étant que partiellement suturée. La cavité péritonéale n'avait pas été ouverte. Les suites opératoires furent normales.

OBSERVATION N° 4

Hématome chez un hypertendu

M. D....., 36 ans, livreur au service d'une brasserie, entre à l'hôpital pour une tuméfaction abdominale qui est apparue brusquement.

Il faisait sa tournée quotidienne lorsqu'il fut pris d'une violente douleur, au niveau de l'ombilic, en replaçant un tonneau vide sur sa voiture.

Il rentre alors chez lui où il continue à souffrir. A ce moment apparaissent des nausées. Il appelle son médecin qui l'envoie à l'hôpital pour hernie ombilicale étranglée d'emblée.

On constate en effet une tumeur de la grosseur d'une orange au niveau de l'ombilic, mais bombant surtout du côté gauche et légèrement au-dessous de l'ombilic. Le sujet est assez gras et il est difficile de bien palper.

Devant ces lignes : tumeur apparue soudain, douleur vive, nausées, l'intervention est décidée.

On découvre une tumeur très étendue, noirâtre, qui laisse échapper une certaine quantité de sang et des caillots. Il s'agissait donc d'un hématome du grand droit survenu sans cause apparente (traumatisme violent).

On vide alors la collection, on tamponne et on ferme. Les suites opératoires furent normales.

Nous avons donc commis une erreur de diagnostic pour ne pas avoir suffisamment palpé le ventre de notre malade.

Pendant son séjour à l'hôpital nous avons pu suivre le malade et l'examiner :

C'est un sujet de corpulence au-dessus de la normale, au teint rouge, et au « tempérament sanguin » comme il le dit lui-même, sa tension artérielle est élevée (maxima : 23, minima : 14).

Il a fréquemment présenté des hémorragies nasales.

Grand buveur de bière, il ne nous cache pas qu'il prend journellement quelques apéritifs — son métier l'y oblige et il est excusable, dit-il —. Malgré tout, son foie est absolument normal, il ne paraît pas augmenté de volume. Ce malade n'a jamais remarqué qu'il saignait facilement à la moindre blessure. Son temps de coagulation est d'ailleurs normal. Nulle part le malade ne présente de varices.

A part son hypertension, (le sujet n'a jamais été malade) nous ne trouvons pas d'autre cause à son épanchement sanguin intra-musculaire au niveau de son grand droit.

OBSERVATION N° 5

(In-thèse Lyon, ROLLIN, 1909)

Hématome au cours d'une leucémie-myéloïde

Un malade âgé de 30 ans entre à l'hôpital parce que son ventre a grossi peu à peu. La maladie a débuté pendant la nuit, par des malaises, des vomissements, et des bourdonnements d'oreilles.

A l'examen on constate une hypertrophie du foie et surtout de la rate qui est augmentée dans toutes ses dimensions (hauteur : 31 centimètres ; largeur : 21 centimètres).

L'examen du sang donne :

Globules rouges	2.800.000	
Globules blancs	900.000	
Polynucléaires neutrophyles	36	pour 100
Polynucléaires acidophyles	3	—
Myélocytes neutrophyles	40	—
Myélocytes acidophyles	3	—
Mononucléaires non granuleux..	11	—
Lymphocytes	3	—
Globules rouges nucléés	3	—

On porte donc le diagnostic de leucémie-myéloïde.

Quatre jours après l'entrée du malade à l'hôpital, des injections sous-cutanées d'ergotine sont pratiquées pour arrêter des hémorragies nasales. La semaine suivante on constate de nombreuses tumeurs :

- 1) A la face externe des deux cuisses ;
- 2) A la face postéro-externe du bras droit ;
- 3) A la partie supérieure de la fesse gauche.

Les unes sont dures, douloureuses, les autres sont rénitentes, indolores, d'autres un peu fluctuantes.

Une ponction exploratrice au niveau de la fesse gauche donne issue à du sang.

Dès l'apparition de ces tumeurs, le foie et la rate ont diminué de volume. Pour remonter l'état général du malade on injecte 200 cm³ de sérum artificiel sous la peau de la moitié droite de l'abdomen.

Trois semaines après son entrée à l'hôpital, le malade meurt.

A l'autopsie, outre les lésions classiques de la leucémie-myéloïde, on constate un hématome considérable sous-cutané et intra-musculaire dans l'épaisseur du grand-droit. Il s'étend de l'ombilic au pubis, mais il reste limité au côté droit débordant à peine la ligne médiane. Cette poche est remplie par une masse coagulée, rouge foncé ayant coloré, par imbibition, le péritoine pariétal.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

I. — EXAMEN MACROSCOPIQUE

Collection de sang noir, fluide, renfermant des caillots, dissociant et dilacérant les fibres musculaires, l'hématome varie de la grosseur d'un œuf de pigeon à la grosseur d'une orange, mais il est parfois beaucoup plus gros (cas de Virchow).

Il est généralement arrondi et de consistance rénitente, simulant souvent à s'y méprendre l'étranglement herniaire. L'hématome reste généralement circonscrit dans un des ventres du muscle, car il est bridé par les aponévroses ; rarement il diffuse pour donner une ecchymose cutanée.

Le siège est absolument variable, mais il existe cependant une prédisposition selon les différents cas ; c'est ainsi que les hématomes des hépatiques siègent plutôt au-dessus de l'ombilic, alors que ceux des typhiques se rencontrent dans la moitié inférieure du muscle.

La position a toujours été fixée par rapport à l'ombilic, nous n'avons pu trouver de précision plus grande. Quoi qu'il en soit, dans les cas que nous avons observés, l'hématome siégeait toujours à gauche. Peut-être est-ce là une simple coïncidence.

Si on incise la poche, on voit s'écouler une certaine

quantité de sang mêlé de caillots ; du côté musculaire il existe plus une dilacération qu'une rupture franche à proprement parler.

II. — EXAMEN MICROSCOPIQUE

Les lésions ont été bien étudiées par Loeper et Turpin qui distinguent trois zones différentes :

a) Une zone centrale constituée par des hématies altérées, au milieu desquelles on reconnaît quelques fragments de fibres musculaires, des macrophages bourrés de pigments sanguins, des polynucléaires et surtout de nombreuses cellules rondes.

b) Une zone intermédiaire caractérisée par une ébauche d'organisation conjonctive tendant à limiter le processus hémorragique. Elle est constituée par des lames fibro-hyalines renfermant des éléments conjonctifs jeunes qui enserrant une ou plusieurs fibres musculaires, en voie de fragmentation et de résorption.

c) Une zone périphérique où les faisceaux musculaires apparaissent dissociés par l'infiltration sanguine qui s'étend très loin dans l'épaisseur du muscle ; la plupart d'entre eux sont « cytologiquement intacts », cependant on peut remarquer la dégénérescence de quelques-uns d'entre eux (cellules tuméfiées avec plusieurs noyaux en voie de division, striation transversale et longitudinale disparue).

Dans la zone périphérique on retrouve des vaisseaux, capillaires sans doute, à paroi mal différenciée, tous dilatés et remplis de leucocytes.

SYMPTOMATOLOGIE

Nous ne voulons donner ici que la symptomatologie propre à l'hématome spontané des grands droits de l'abdomen. Une symptomatologie plus complète sera traitée dans un chapitre suivant, en même temps que l'étude de chaque cas particulier.

DÉBUT

Ce qui semble démontrer d'après toutes les observations que nous avons pu voir, c'est que « l'hématome spontané des muscles grands droits est presque toujours provoqué ». Cependant nous le distinguerons de l'hématome provoqué pour lequel la cause (traumatisme) apparaît seule suffisante à la création de la collection sanguine (roue de voiture passant sur le corps, coup de pied de cheval, etc..., par exemple).

Au contraire, l'hématome spontané est celui qui apparaît à la suite d'un effort léger qui seul ne peut pas suffire à provoquer une hémorragie. Cet effort déclenche l'hématome, mais seulement chez un sujet qui y est prédisposé.

Le début s'établit de deux façons :

a) *Brutalement.*

C'est le mode habituel. Après une quinte de toux, un faux-pas, un effort quelconque (défécation), le malade

ressent une douleur vive dans le domaine de ses grands droits, en même temps qu'il voit apparaître une tuméfaction de la grosseur d'un œuf, en général.

Cette douleur aiguë augmente à chaque inspiration, puis cesse bientôt, au bout d'un temps variable (cinq minutes en général, mais elle peut persister plusieurs heures (c'est le cas dans notre première observation où l'intervention fut pratiquée pour calmer la malade autant que pour faire un diagnostic exact). Cette douleur s'accompagne parfois de nausées et même de vomissements ; c'est ce qui permet d'expliquer la confusion souvent faite avec une hernie étranglée.

b) *Insidieusement.*

L'établissement se fait alors sans douleur. Il s'agit souvent d'un hématome léger qui peut devenir aussi important que dans le cas précédent, mais qui y arrive par étapes successives. Cet hématome occasionne toutefois une douleur légère à chaque mouvement venant faire contracter le muscle (inspiration).

PÉRIODE D'ÉTAT

La douleur du début persiste encore parfois, nécessitant une intervention immédiate, mais le plus souvent elle a disparu et il ne reste plus qu'une sensation de tension et de pesanteur locale.

Plus rarement encore la tuméfaction est devenue complètement indolente, ce qui permet un examen plus complet de la douleur.

L'hématome peut arriver à rompre les aponévroses et le sang peut filer et se répandre dans les téguments de la

région abdominale. Il apparaît alors, vers le deuxième ou troisième jour ordinairement, une ecchymose qui peut s'étendre assez loin latéralement et même gagner la région postérieure.

Il est parfois impossible de sentir la tumeur au palper, mais dans la plupart des cas, on sent une masse plus ou moins volumineuse que l'on ne peut mobiliser ; elle est fixée à la paroi, cette tumeur siège généralement au-dessus de l'ombilic (cette disposition tient sans doute d'une part à ce que les anastomoses « épigastrique — mammaire interne » se font surtout dans la partie supérieure du muscle et qu'il y a plus de gros vaisseaux à cet endroit, d'autre part, à ce que le grand droit est renforcé dans sa partie inférieure par le muscle pyramidal).

Quoi qu'il en soit, dans les trois cas que nous rapportons, l'hématome s'est constitué dans la moitié inférieure du muscle du côté gauche.

La consistance est ferme, rénitente ou même franchement dure. On trouve parfois une consistance différente aux divers points où l'on palpe, c'est ainsi que la moitié supérieure se laisse souvent déprimer facilement alors que dans les parties déclives la tumeur est beaucoup plus dure, secondairement elle deviendra plus molle, voire même semi-fluctuante.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic des hématomes des muscles grands droits n'est pas toujours très facile même quand la collection sanguine est importante, peu profonde, et quand le tissu cellulaire sous-cutané n'est pas trop épais. Il devient plus évident lorsque l'apparition d'ecchymoses sous-cutanées vient nous aider dans notre examen, mais souvent, au contraire, une forme fruste, anormale ou incomplète viendra nous tromper et nous penserons à toute autre chose.

Dans toutes les observations que nous avons eues à notre connaissance, l'hématome a pu être confondu avec :

a) Un étranglement herniaire.

A cause de la brusquerie du début, de la tumeur, de la douleur et des nausées qui viennent parfois compléter la symptomatologie des hématomes. De toutes les confusions que l'on peut faire, c'est en général celle qui a été faite dans le plus grand nombre des cas.

b) Un kyste de l'ovaire tordu ou plus rarement rompu.

Dans la première observation que nous présentons l'erreur avait d'ailleurs été faite ; le diagnostic n'avait pas été posé fermement, mais on n'avait pas trouvé d'autre cause à la douleur brusque chez une malade qui avait d'ailleurs un passé ovarien.

La confusion avec le kyste de l'ovaire a été faite par CUTHBERSON, 12 fois sur 41 cas (le diagnostic exact n'avait d'ailleurs été fait que trois fois seulement).

c) Un fibrome pédiculé tordu.

Le symptôme est le même que précédemment, le toucher ne donne généralement pas grand chose, dans quelques rares cas, on peut trouver un utérus attiré vers le haut, mais, de même que dans l'hématome, il y a douleur brusque et souvent tumeur.

d) La perforation gastrique.

Donne généralement une douleur aiguë, brusque (en coup de poignard). Il n'y a pas de tumeur, mais on trouve une contracture musculaire et on pense plus facilement à la perforation qu'à l'hématome chez un malade qui a un passé gastrique.

e) La colique hépatique.

f) La cholécystite calculeuse.

g) Le kyste hydatique du foie.

Nous n'insisterons pas sur ces cas qui nous paraissent s'éloigner de la question par leurs symptômes plus différents, mais nous rappellerons ici seulement que la confusion a déjà été faite.

L'hématome du grand droit est souvent une découverte opératoire. On cherche une lésion profonde et on la découvre au niveau de la paroi.

L'erreur consiste donc à ne pas localiser la lésion au niveau de la paroi. Cependant, cette localisation est assez facile si on prend la peine de faire un examen sérieux. Les

manœuvres classiques de contraction et de relâchement de la paroi abdominale permettent presque toujours de s'assurer du siège intra-pariétal et intra-musculaire de la tumeur et, par conséquent, de son indépendance à l'égard des organes abdominaux.

Les manœuvres en question permettent de circonscrire le problème du diagnostic, en se plaçant uniquement dans le cadre des affections musculaires rencontrées au niveau du grand droit de l'abdomen.

Il ne suffira plus qu'à éliminer successivement :

- 1° la gomme syphilitique ;
- 2° le tuberculome ;
- 3° l'abcès chaud ou froid ;
- 4° le kyste hydatique ;
- 5° les tumeurs diverses (fibromes, ostéomes, sarcomes, etc...).

Toutes ces lésions ne s'établissent qu'à la longue. Elles n'ont pas la même symptomatologie que l'hématome (en particulier, elles ne donnent pas le signe capital, à savoir : la douleur brusque).

Dans le cas de doute, une ponction tranchera le diagnostic.

PATHOGENIE

L'hématome des droits de l'abdomen soulève un intéressant problème de physiologie pathologique.

De nombreux auteurs se sont longtemps trouvés en discussion à ce sujet, ils reconnaissaient tous l'existence de l'association « rupture-hématome ». Mais si, pour les uns, la rupture était la cause des hématomes, pour les autres, elle n'en était que la conséquence.

Il nous semble qu'il est impossible de se rallier à l'une ou à l'autre de ces théories qui ont, toutes deux, leur valeur propre. Il est exact que la rupture amène l'hématome, mais il est aussi possible que l'hématome apparaisse d'abord : la rupture ne survenant qu'ensuite.

C'est pourquoi nous allons essayer d'étudier le mécanisme de ces hématomes en passant en revue les différentes théories qui président à leur formation.

Quatre hypothèses se présentent à l'esprit, il est possible de les schématiser ainsi :

- 1° théorie musculaire ;
- 2° théorie artérielle ;
- 3° théorie veineuse ;
- 4° théorie sanguine.

THÉORIE MUSCULAIRE. — Il est facile de comprendre

qu'à la suite de la déchirure d'un muscle, une certaine quantité de sang se trouve épanchée à l'intérieur de la gaine si elle ne se déchire pas.

Mais cette rupture musculaire suppose un traumatisme violent (hématome provoqué que nous ne voulons pas étudier ici).

Si le traumatisme est léger, le muscle ne se rompt qu'à la condition d'être dans un état de moindre résistance. C'est précisément le cas pour les hématomes de la fièvre typhoïde, dans lesquels les muscles subissent une dégénérescence cireuse (dégénérescence de ZENKER).

C'est également le cas pour les hématomes consécutifs aux myosites de quelque origine soit-elle.

Cette théorie suppose donc que l'hématome est la conséquence et non la cause de la rupture.

Dans les théories suivantes, l'hématome apparaîtrait le premier.

THÉORIE ARTÉRIELLE. — D'après cette théorie, c'est le vaisseau qui se rompt. Le sang en s'épanchant dissocie les fibres musculaires ; la rupture du vaisseau est causée par la fragilité de la paroi (c'est le cas des hématomes que l'on rencontre au cours de la leucémie, par exemple).

Dans d'autres cas, la paroi cède, non pas à cause de sa faiblesse, mais sous la pression trop forte que lui inflige le sang. Dans deux de nos observations c'était précisément le cas. Nos malades n'avaient rien, pouvant expliquer leur hématome, qu'une forte hypertension artérielle.

THÉORIE VEINEUSE. — Dans ce cas, ce n'est plus l'artère qui cède, mais la veine. A côté de la classique « tête

de Méduse » formée par la dilatation variqueuse des veines sous-cutanées abdominales, à côté du varicocèle que l'on rencontre si fréquemment, il y a également des varices plus profondes siégeant dans l'épaisseur des muscles grands droits de l'abdomen (veines hépigastriques qui peuvent se rompre également).

C'est l'explication du « coup de fouet » que l'on peut rencontrer aussi bien au niveau de la paroi abdominale qu'au niveau du mollet dans les cas de « rupture de varices internes ». Cette théorie suffirait presque à elle seule à expliquer l'apparition des hématomes du grand droit chez les hépatiques (POULAIN, thèse Paris, 1924).

THÉORIE SANGUINE. — Cette théorie englobe tous les hématomes rencontrés au cours des différentes maladies hémorragipares.

Les hémorragies se font aussi bien dans les muscles que dans les autres organes ; en particulier on les rencontre dans les muscles grands-droits de l'abdomen (ainsi que dans le psoas) dans un syndrome nettement différencié : l'hémophilie.

ETIOLOGIE

Il ne suffit pas de diagnostiquer un hématome et de le traiter ; il faut encore en rechercher la cause.

Nous éliminerons le traumatisme qu'on ne rencontre que dans une petite proportion. En effet, l'hématome traumatique se rencontre au niveau des fibres longues du muscle, c'est-à-dire dans sa moitié inférieure (hématome des cavaliers). Or, si nous nous reportons aux statistiques, nous voyons que les hématomes siègent dans soixantedix pour cent des cas, au niveau de la moitié supérieure du muscle. De ces chiffres, il nous est facile de conclure que le traumatisme ne peut être incriminé que dans trente pour cent environ.

Nous pensons d'ailleurs que ce chiffre est encore trop fort et, dans le plus grand nombre des cas, l'hématome a une origine pathologique que nous allons étudier.

MALADIES MUSCULAIRES.

Cette hypothèse est simple : à la suite d'un léger effort, il se produit une déchirure musculaire, la collection sanguine apparaît alors consécutivement.

Si un traumatisme violent peut seul expliquer une rupture musculaire, il n'en est pas de même d'un effort léger ; si la rupture apparaît, il faut donc incriminer une autre

cause : un état de fragilité excessive de la fibre musculaire elle-même.

En effet, dans la rupture musculaire spontanée, on peut invoquer deux facteurs : d'abord le facteur fragilité (dégénérescence), ensuite le facteur traumatisme. La grossesse en est un exemple ; au cours de la grossesse, les muscles de la paroi se transforment considérablement : ils s'allongent, s'amincissent et, en même temps, se ramollissent. De plus, on trouve souvent des varices profondes qui viennent encore apporter une chance supplémentaire à la rupture. Le traumatisme créé par l'accouchement lui-même fait le reste.

C'est ce qui se passe dans la plupart des myosites.

HILGEMENER a décrit une catégorie spéciale d'hématomes spontanés de la paroi chez le vieillard. Il incrimine une dégénérescence sénile des fibres musculaires. HERLYN a repris ses travaux et a constaté que ces hématomes musculaires des vieillards se produisaient plus spécialement chez les femmes (multipares, en particulier) que chez les hommes. Il a alors pensé que l'adiposité rencontrée plus fréquemment chez les premiers sujets pouvait jouer un rôle considérable et, pour cet auteur, la rupture musculaire serait due à une dégénérescence graisseuse du muscle.

Mais tous ces hématomes sont assez rares et plus importants, il nous semble, sont ceux consécutifs aux myosites des maladies infectieuses. Parmi ces dernières, on cite :

- a) la malaria ;
- b) le tétanos ;
- c) la dysenterie ;

- d)* la variole ;
- e)* la scarlatine ;
- f)* l'infection puerpérale ;
- g)* la gonococcie ;
- h)* la fièvre typhoïde.

Les hématomes qu'elles produisent sont rares et ne se localisent pas plutôt au grand droit de l'abdomen qu'aux autres muscles.

Il n'en est pas de même des hématomes de la fièvre typhoïde que nous étudierons plus particulièrement.

FIÈVRE TYPHOÏDE.

Les hématomes musculaires consécutifs à la fièvre typhoïde ne sont pas une complication exceptionnelle. La localisation au grand droit de l'abdomen est presque constante. D'après les statistiques de HOFFMANN, ils auraient été rencontrés 11 fois sur 159 autopsies. Le siège de prédilection semble être le tiers inférieur des muscles, mais on rencontre parfois chez un même sujet des lésions multiples situées à de divers étages musculaires.

Au point de vue anatomo-pathologique, nous ne décrivons pas les lésions dégénératives des fibres musculaires qui ont été étudiées par ZENKER et qui sont aujourd'hui bien connues, mais avec cet auteur, nous distinguerons, suivant l'étendue des lésions :

- a)* les ecchymoses ;
- b)* les infiltrations hémorragiques (sugillations) ;
- c)* les foyers hémorragiques.

Les foyers sont constitués par du sang liquide ou coagulé, épanché dans les interstices séparant les fragments du muscle divisé. Le sang peut rester indéfiniment fluide, même dans les foyers de grande étendue ; ordinairement, il subit les métamorphoses habituelles.

Toutefois, un mode d'évolution que l'on rencontre plus particulièrement, dans ce cas, est la suppuration. Cette suppuration est causée par les germes habituels, streptocoques, staphylocoques, mais on y a presque toujours trouvé des bacilles typhiques associés.

Ces hématomes se produisent généralement vers la fin du troisième septenaire et pendant la convalescence.

Ils succèdent ou peuvent succéder aux moindres efforts physiologiques (toux, efforts de défécation). Quoi qu'il en soit, leur pronostic est sombre s'ils accompagnent les hémorragies intestinales (GRIESENGER).

A côté de cette myosite typhique, on a décrit un autre syndrome grave, le plus souvent mortel (quatre fois sur cinq) dont on ne possède qu'un petit nombre d'observations dues à PRINSING (1890), et à FERROGLIO.

Il s'agit de la :

POLYMYOSITE HÉMORRAGIQUE.

Les hémorragies ne sont pas seulement localisées aux muscles grands droits, mais elles siègent un peu partout : muscles du tronc, du cou, de la langue, du larynx et surtout des masticateurs (LORENZ).

Il existe également des hémorragies cutanées et intestinales, de la fièvre, des douleurs et des troubles cardiaques.

Cette maladie simule un peu la fièvre typhoïde, nous ne la citons que pour mémoire.

Nous citerons, également à titre documentaire, les deux maladies suivantes :

MYOSITE PARASITAIRE.

Il n'en existerait qu'un seul cas rapporté par DAMBRIN. Cet hématome du muscle grand droit aurait été produit par une douve et aurait suppuré secondairement (*Presse médicale* 1913).

TUBERCULOSE MUSCULAIRE.

La tuberculose musculaire donne rarement lieu à la production d'hématomes. Cependant, REVERDIN et HAYEM ont trouvé dans le muscle grand droit d'un phtisique une vaste poche fluctuante de sang demi-liquide (*In-thèse, Lille* 1891).

Dans tous les cas ci-dessus, l'hématome a été la conséquence de la rupture musculaire. Mais il n'en est pas toujours ainsi : la rupture musculaire peut, au contraire, succéder à l'hématome qui est, dans ce cas, primitif.

C'est précisément ce qui se passe dans les cas suivants :

II. — MALADIES DU SANG

Toutes les maladies hémorragiques peuvent donner des complications hémorragiques intra-musculaires (il en est de même des formes hémorragiques des différentes maladies).

Nous ne retiendrons ici que deux syndromes hémorragiques qui donnent, avec une fréquence relative, des hématomes au niveau des grands droits de l'abdomen : l'hémophilie, les leucémies.

HÉMOPHILIE.

Les hémorragies musculaires se voient dans les formes graves de la maladie, elles ne sont pas d'une fréquence extrême mais elles existent néanmoins ; nous noterons, par exemple, le cas remarquable cité par VIRCHOW, dans sa *Pathologie des tumeurs* (t. II. page 867). « Il s'agit d'un homme hémophile qui, trois ans avant sa mort, avait fait une chute sur la glace ; il en résulta une tumeur de l'abdomen qui, s'accroissant peu à peu, finit par simuler une grossesse. A l'autopsie, VIRCHOW constata un gros hématome intra-musculaire. »

Les hématomes des hémophiles intéressent rarement les muscles des membres.

La localisation la plus souvent signalée est le muscle psoas. Le grand droit n'en est pas exempt, nous en avons trouvé plusieurs cas relatés. MM. LEGUEU et MOUCHET ont observé des hématomes dans les masses sacro-lombaires, dans les muscles fessiers. Enfin, une dernière localisation signalée est la langue qui devient tout à coup énorme, noire, dure, et qui gêne, par son volume, la respiration, la mastication, la déglutition (une trachectomie peut alors s'imposer d'urgence).

Quoi qu'il en soit, ces hématomes ont tous des caractères communs qui les distinguent des hématomes ayant une origine différente.

Ils sont peu douloureux, en général, mais sont sensibles à la pression. Ils donnent une crépitation sanguine particulière à la palpation. Ils deviennent parfois l'occasion de crises douloureuses très violentes ; quand le muscle,

par suite de son volume, quelquefois triplé par l'hématome, comprime les nerfs voisins.

Enfin, pour terminer avec ces hématomes, nous constatons qu'ils sont durables, incoercibles et généralement récidivants.

Nous devons penser à cette origine chez un sujet qui saigne facilement et quand on n'a trouvé aucune autre cause évidente.

Un examen du sang nous fera voir que sa composition est voisine de la normale. Mais il existe de gros troubles de la coagulation sanguine qui ont surtout été étudiés par P. E. WEIL (*In vitro* : retard extrême de la coagulation qui prend le type plasmatique, sédimentation des hématies, rétractibilité du caillot — tous ces troubles contrastant avec un temps de saignement parfaitement normal).

LEUCÉMIE.

L'hématome intra-musculaire n'est pas une complication fréquente de la leucémie. Cette localisation a été citée : 1 fois sur 8 par ROLLIN ; et 2 fois sur 26 par TAPIE.

C'est principalement dans la leucémie myéloïde qu'on le rencontre (in-thèse Lyon 1909 - ROLLIN).

SABRAZES rapporte un cas de leucémie aiguë qui aurait occasionné des hématomes musculaires.

Ces hématomes tardifs déburent très brusquement et atteignent d'emblée leur volume définitif. En même temps apparaît une douleur sur laquelle FRUGONI a insisté à juste titre. « Le malade, dit-il, ressent dans la région musculaire, qui sera plus tard le siège de l'hématome, une vive douleur pulsatile, brûlante, migratrice et térébrante, exa-

gérée par le mouvement, exaspérée par la plus légère palpation ».

Cet hématome abandonné à lui-même ne suppure pas et ne se résorbe jamais.

Sans vouloir donner ici la symptomatologie de la leucémie, il nous est impossible de passer sur certains signes rencontrés à l'apparition de l'hématome. En effet, dès la formation de la collection, la plupart des auteurs trouvent une diminution concomittante du volume de la rate et un accroissement du nombre des myélocytes qui monte :

de 43 % à 57 % (BARIE et LIAN) ;

de 25 % à 42 % (FRUGONI) ;

de 25 % à 63 % (SABRAZES).

L'apparition des hématomes s'explique de plusieurs façons et il est difficile d'établir leur origine exacte.

Si nous nous adressons à l'anatomie pathologique, nous constatons qu'on trouve tantôt de larges espaces sanguins sans parois propres ou revêtus d'un simple endothélium ça et là discontinu, tantôt de grosses altérations de la paroi du vaisseau. Ces lésions entraînent donc des complications hémorragiques.

Pour d'autres auteurs, l'hématome serait dû à une généralisation intra-musculaire d'une néoplasie des organes hémato-poïétiques ou du sang (myélome intra-musculaire).

On a également homologué les hématomes aux myosites. On trouve, en effet, des lésions dégénératives des fibres musculaires, mais elles sont peut-être dues aux modifications apportées dans la nutrition des tissus par l'hématome lui-même.

MALADIES ARTÉRIELLES

Nous citerons seulement pour mémoire les tumeurs d'origine artérielle (angiomes), de même les dégénérescences (hyaline et la stéatose) qui peuvent donner des hématomes musculaires et nous nous arrêterons plus longuement aux hématomes rencontrés au cours de l'hypertension artérielle.

HYPERTENSION ARTÉRIELLE.

Nous ne pensons pas que l'hématome des grands droits de l'abdomen soit une complication fréquente de l'hypertension artérielle. Ce genre d'hématome n'a jamais été cité ; nous connaissons seulement les hémorragies habituellement liées à ce syndrome : épistaxis, hématurie, hémorragie méningée ou cérébrale hémoptysie.

Il nous a été impossible d'expliquer autrement que par l'hypertension l'hématome chez deux de nos malades.

Le foie généralement gros chez les hypertendus ne l'était pas chez nos malades, nous n'avons donc pas songé qu'il pouvait créer une gêne à la circulation en retour et favoriser le développement de varices au niveau de la paroi. Nous avons donc pensé que l'hématome était apparu simplement à la suite de l'hypertension artérielle, hypertension artérielle que l'on rencontre souvent chez les artério-scléreux qui ont, de ce fait, des parois artérielles plus fragiles qu'à l'état normal.

Les deux cas que nous rapportons ne nous permettent malheureusement pas de généraliser, mais nous pouvons, néanmoins, en tirer quelques renseignements.

Cet hématome s'est produit chez deux sujets d'âge et

de sexe différents, dont la tension était véritablement élevée (23 dans un cas, 24 dans l'autre). Ces sujets avaient tous deux fait des hémorragies antérieures (métrorragies d'une part, epistaxis répétés d'autre part).

L'hématome était apparu brusquement dans les deux cas et il siégeait dans la moitié inférieure du grand droit du côté gauche.

Nous n'avons pas pu trouver de raison à cette localisation du côté gauche, peut-être est-ce là une simple coïncidence. Aucun auteur ne signale d'ailleurs de localisation plus fréquente d'un côté ou de l'autre ; ils se contentent seulement de situer l'hématome dans la hauteur par rapport à l'ombilic.

C'est ainsi que les hématomes sont plus fréquents au-dessus de l'ombilic chez les hépatiques. Chez les typhiques, au contraire, la collection se trouve plus souvent localisée dans la moitié inférieure du muscle.

Enfin, ces deux hématomes sont apparus sans traumatisme sérieux ; leur début a été brusque, douloureux, déclenché par un effort léger qui seul n'aurait pas suffi à rompre le muscle grand droit.

MALADIES VEINEUSES

La principale cause d'hématome d'origine veineuse, est l'apparition des varices, qu'elles soient essentielles ou symptomatiques (hépatiques). Nous ne nous étendrons pas sur l'étiologie ni sur la pathogénie des varices, ce n'est pas là notre sujet, mais nous étudierons les cas d'hématomes des grands droits qui peuvent apparaître à la suite de la rupture d'une varice des veines épigastriques.

VARICES ESSENTIELLES.

L'hématome que nous avons rencontré dans notre observation n° 3 peut avoir cette origine.

En effet, l'hématome s'est développé chez un sujet atteint de « maladie variqueuse ».

Il présentait de grosses varices dans le territoire des deux veines saphènes et il était, en outre, atteint de varicocèle du côté gauche. Ce malade a très bien pu rompre une varice profonde, au niveau de son muscle grand droit, comme il aurait pu se rompre une varice interne au niveau du mollet.

VARICES SYMPTOMATIQUES.

Nous étudions ici les hématomes rencontrés chez les hépatiques (observation n° 2). Ces hématomes ont été étudiés par POULAIN, qui en rapporte cinq cas dans sa thèse (Paris 1924) qu'il doit au professeur DEVE, de Rouen.

Pour cet auteur, les hématomes se produiraient de deux façons :

a) par rupture veineuse, d'abord

L'hypothèse d'une rupture de quelque veine musculaire pariétale devenue plus ou moins variqueuse du fait de la circulation collatérale vicariante apparaît très vraisemblable. En effet, à côté du réseau veineux sous-cutané (tête de Méduse) existent bien certainement des phlebectasies pariétales profondes, intra-musculaires, jusqu'ici laissées dans l'ombre par les anatomo-pathologistes. Pareil accident serait en somme au triple point de vue pathogénique, anatomique et clinique, l'analogie du « coup de fouet » des variqueux ; seulement, au lieu de se passer dans le

mollet, il se passerait dans la région de la paroi abdominale. Cette explication est donc satisfaisante chez les cirrhotiques, mais toutes les maladies du foie ne donnent pas de circulation collatérale. L'auteur donne alors une autre théorie.

b) par hémorragie dyscrasique

L'hématome serait donc dans ce cas la conséquence de la tendance des hépatiques à faire des hémorragies.

Ces malades feraient alors des hémorragies musculaires comme ils peuvent faire des gingivorragies, des épistaxis... et surtout des hémorragies gastro-intestinales.

Au terme de ces discussions étiologiques, nous voyons donc que si les hématomes spontanés des grands droits de l'abdomen n'ont pas une fréquence extrême, ils ont du moins des causes très variées et ceci doit particulièrement nous intéresser en ce qui concerne leur traitement.

EVOLUTION

Une fois l'hématome constitué, le sang épanché se coagule en règle générale, et, dès lors, il devient susceptible de subir diverses modifications.

RÉSORPTION.

L'âge paraît avoir une influence : chez le vieillard, les épanchements sanguins ne se résorbent pas facilement et on doit souvent intervenir pour les évacuer, mais le plus souvent le sang se résorbe peu à peu et finit par disparaître au bout d'un temps plus au moins long, après avoir subi des modifications considérables.

La fibrine, qui s'est concrétée autour des globules et qui les maintient, subit la métamorphose moléculaire ; les globules rouges se détruisent ; on trouve alors les produits de leur décomposition qui sont de l'hématoïdine granuleuse ou du moins une matière analogue, jaune ou brune qui dérive de l'hémoglobine, des granulations albuminoïdes qui proviennent probablement de la paraglobuline, et enfin des granulations graisseuses. Mais en même temps que se font ces métamorphoses du sang, il se passe dans les tissus conjonctifs des modifications de nature irritative dont la fin est l'élimination de tous les produits de décomposition. Des globules blancs se montrent en

grand nombre et à mesure qu'ils se trouvent en rapport avec les granulations colorées ils les absorbent. Ils rentrent ensuite dans la circulation lymphatique ou sanguine et ils emportent avec eux les granules dont ils sont chargés.

ENKYSTEMENT.

La résorption d'un épanchement sanguin est sous la dépendance de trois facteurs :

- 1) L'expression de la sérosité du sang coagulé ;
- 2) La réaction périphérique des tissus ;
- 3) La désagrégation centrale du caillot.

Si l'équilibre vient à être rompu entre ces trois facteurs, la résorption ne se fait plus et l'enkystement a lieu. or, dans le muscle plus que dans tout autre tissu, les contractions viennent troubler le second facteur.

Dans ces conditions, le sang, au lieu d'être résorbé, s'enkyste ; à l'ouverture du kyste, au bout de plusieurs années, on trouve un sang rouge, liquide, inodore, comme s'il sortait des vaisseaux au moment même. Les globules rouges sont demeurés intacts.

Ces kystes hématiques sont formés par une membrane d'enveloppe qui empêche toute communication avec les vaisseaux. De nombreuses théories ont été émises au sujet de la formation de cette membrane. Quoi qu'il en soit, quelques jours après la production de l'épanchement sanguin non résorbé, celui-ci s'entoure d'une couche de tissu qui l'isole de la circulation générale.

SUPPURATION.

Si les germes arrivent à filtrer jusqu'à l'hématome et à l'infecter, cette collection se met bientôt à suppurer.

L'hématome se transforme alors en abcès qui apparaît avec son cortège de signes (chaleur, douleur, rougeur de la peau, fièvre).

Ce genre d'évolution se rencontre plus particulièrement au cours de la fièvre typhoïde et de la variole (VERNEUIL), mais c'est une éventualité plutôt rare.

Rappelons que l'hématome cité par DAMBRIN et qui avait été provoqué par une douve, avait suppuré secondairement.

Plus rarement encore nous citerons un dernier mode d'évolution :

OSSIFICATION.

C'est une des théories qui président à la pathogénie des ostéomes musculaires. Le sang subirait une série de transformations qui l'amèneraient progressivement au tissu cartilagineux, puis osseux, ou tout au moins ostéoïde.

PRONOSTIC

L'hématome du grand droit de l'abdomen a par lui-même une bénignité considérable. Sa guérison spontanée qui se rencontre dans la plupart des cas, se fait presque toujours par résorption sanguine, à peine subsiste-t-il parfois, une certaine induration musculaire qui gêne le malade pendant quelque temps.

La guérison est généralement complète au bout d'un laps de temps variant de quinze à trente jours, suivant l'importance de la collection. Les complications sont rares. Le cas de RICHARDSON, où la déchirure de l'artère épigastrique avait donné lieu à une véritable hémorragie intra-musculaire et à une sorte d'anévrisme diffus (le sang avait fusé jusqu'à la cavité de Rebzius) est exceptionnel (*Gazette médicale*, 1858).

La suppuration ne donne pas non plus la péritonite citée par quelques auteurs, car la transformation purulente de la collection est reconnue assez tôt pour être évacuée au dehors.

Le pronostic de l'hématome lui-même est donc excellent, mais nous ne devons pas oublier que ces hémorragies musculaires se produisant spontanément dans le grand droit de l'abdomen, sont révélatrices d'états pathologiques sur lesquels on doit seulement se baser pour établir le pronostic.

C'est ainsi qu'un gros hématome sera moins grave s'il survient chez un hypertendu simple ou chez un variqueux, qu'une petite collection sanguine rencontrée dans un muscle au cours de l'hémophilie ou d'une leucémie myéloïde par exemple.

TRAITEMENT

Que devons-nous faire en présence d'un hématome des grands droits de l'abdomen quand nous l'aurons nettement diagnostiqué ?

Devons-nous intervenir ou, au contraire, nous abstenir ?

Dans les observations que nous rapportons, l'intervention a été pratiquée, mais parce que le diagnostic n'avait pas été posé. Cette intervention était, avant tout, exploratrice, d'ailleurs dans notre première observation il n'a rien été tenté sur la poche ; on fit une boutonnière péritonéale pour s'assurer de l'intégrité des viscères. On constata en même temps que la tumeur était bien dans la paroi. Après fermeture, la malade guérit normalement.

Donc, si nous nous basons sur le fait que l'hématome se résorbe presque toujours seul, nous ne tenterons absolument rien. A peine l'aiderons-nous à se résorber par un traitement approprié.

Il faut laisser au muscle lésé le plus grand état de relâchement possible (le malade se charge du reste de prendre instinctivement cette posture). On obligera donc ses malades à rester au lit dans une position demi-assise, de façon à relâcher leur paroi antérieure.

Dans les cas douloureux, les cataplasmes laudanisés,

les pommades, les liniments calmants, seront d'une grande utilité.

Contre les douleurs tardives d'origine cicatricielle, de nombreux auteurs ont essayé avec profit, les massages et le traitement électrique.

Contre cette abstention, quelques interventionnistes apportent un argument de « localisation ».

Si tous les auteurs sont partisans de l'abstention dans les hématomes des muscles des membres par exemple, la plupart conseillent l'intervention quand l'hématome siège au niveau du grand droit. En effet, la possibilité ultérieure de hernie, se faisant à travers la cicatrice, doit engager le chirurgien à tenter en pareil cas, la réparation immédiate des tissus.

Nous ne pensons pas ainsi : les gaines musculaires se rompent en effet rarement et elles peuvent suffire, seules, à maintenir les viscères ; de plus, il nous semble qu'une intervention, même bien conduite, n'empêche pas toujours la formation des hernies cicatricielles. En effet, d'après NIELSEN, les éventrations se voient dans une proportion de : 1,9 % quand elles siègent au-dessus de l'ombilic, et de 4 % quand elles siègent au-dessous. Enfin, d'après GUEULETTE, les récives se verraient dans 14,6 % des cas (*Journal de Chirurgie*, juillet 1934).

Il est toutefois des cas où l'intervention est obligatoire. En cas de suppuration, par exemple, l'ouverture de la collection s'impose.

Si l'hématome voit son volume s'accroître peu à peu, il est indiqué d'intervenir pour aller, si possible, lier le vaisseau qui saigne.

Quand la résorption ne se fait que très lentement et

même ne se fait pas (kyste hématique), quand la collection est gênante ou douloureuse, l'intervention est encore nécessaire. Une simple ponction peut parfois apporter une grande amélioration, mais elle est souvent insuffisante.

Mais ce sont là des cas particuliers auxquels nous ne nous arrêterons pas. Plus important nous paraît être le traitement étiologique qui aidera, d'une part, l'hématome à se résorber et l'empêchera, d'autre part, de se renouveler. (Traitement de l'hypertension, de l'hémophilie, etc...).

CONCLUSIONS

De l'étude que nous venons de faire, il nous paraît résulter que l'hématome spontané intra-musculaire n'est pas une lésion exceptionnellement rare ; de plus, le grand droit de l'abdomen paraît assez fréquemment atteint par comparaison avec les autres muscles.

Cet hématome qui débute presque toujours brusquement, s'accompagne parfois de symptômes accessoires et simule souvent un tout autre état pathologique ; il peut ainsi tromper le clinicien et occasionner une intervention inutile.

Le diagnostic est cependant assez facile si on pense à sa possibilité et si on examine soigneusement la paroi abdominale.

Cet hématome des grands droits se rencontre au cours des maladies les plus diverses ; il a souvent alors une symptomatologie particulière à chaque cas et une pathogénie complexe. Il ne suffit donc pas de diagnostiquer une tumeur de la paroi, il faut encore en rechercher la cause.

Le pronostic de la lésion elle-même est presque toujours bénin car les complications sont rares. Cependant, ces hématomes sont parfois révélateurs d'une atteinte profonde de l'organisme par la maladie causale ; le pronostic doit donc dépendre seulement de la cause.

L'hématome se résorbant presque toujours seul, l'intervention est donc contre-indiquée, sauf dans quelques cas bien définis, ou quand est apparue une complication quelconque.

Enfin, cette contre-indication opératoire ne doit pas être le prétexte à ne rien tenter et à abandonner le malade à lui-même ; un traitement médical étiologique doit toujours être institué. Il aidera la résorption et évitera les récidives.



Vu : *Le Président de Thèse* :
P. DUVAL.

Vu : *Le Doyen de la Faculté* :
ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie :
CHARLETY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUREGAN. — *Etude sur les hématomes musculaires* (Thèse, Bordeaux, 1898).
- BOPPE. — *Hématomes et abcès de la paroi abdominale antérieure* (*Journal de Chirurgie*, Tome XIX, n° 3, mars 1922).
- BROUARDEL, GILBERT, THOINOT. — *Nouveau traité de Médecine*. (Tome III, XXIV, XXV).
- CARNELLI R. — *Rottura del muscolo retto abdominale sinistro in gravita affeta da influenza*. (*Policlinico* (sez. prat.), 26 août 1929).
- CARRIVE. — *Evolution des hématomes musculaires*. (Thèse, Lyon, 1898).
- CHALIER, VALLERY. — *Rupture musculaire du grand droit par hématome, suppuré à bacille d'Elberth au cours d'une fièvre typhoïde*. (*Lyon Médical*, 140 : 493-495, novembre, 6, 1927).
- CURTIS. — *Hématomes musculaires*. (Thèse, Lille, 1883).
- DAMBRIN. — *Hématome suppuré du grand droit produit par une douve*. (*La Presse Médicale*, 1913, page 6).
- FAUCOMPRE. — *Traitement des ruptures musculaires*. (Thèse, Lille, 1895).
- FOTHERGILL. — *Hématome des grands droits de l'abdomen*. (*The British Medical Journal*, n° 3413, juin 1926, page 941).
- GENTY. — *Etude du traitement des hématomes récents*. (Thèse Paris, 1882).
- HALPERIN. — *Hématome spontané de la paroi abdominale*. (*Surgery, Gynecology and obstetrics*, volume 48, n° 6 décembre 1928, page 86).
- HIRSCH. — *Spontanruptur und Hamatom des Musculus rectus abdominis unter dem Bilde eines Ileus*. (*Zentralbl. f. Gynak*, 53 : 2214-2216, Aug. 31, 1929).
- HORTA BARBOSA L. A. — *Sobre un caso de exomphalia com ruptura da parede abdominal durante o parto*. (*Rev. de Gynec. e d'Obst.*, mars 1932, p. 147).

- Journal de Chirurgie.* — Années 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934.
- KAPEL. — *Rupture sous-cutanée du muscle droit en particulier chez les gens âgés* (Zentralblatt für Chirurgie, t. LVIII, n° 27, 4 juillet 1931, page 1693).
- KRUMMEL. — *Contribution à l'étude des hématomes spontanés de la paroi abdominale* (Zentralblatt für Chirurgie, t. LIX, n° 17, 23 avril 1932, page 1055).
- KUHLE. — *Hématomes spontanés de la paroi abdominale.* (Münchener medizinische wochenschrift, tome LXXVIII, n° 39, 25 septembre 1931, page 1630).
- LANTUÉJOUL et B. GRIFFITHO. — *Hématome de la paroi abdominale par rupture du grand droit, chez une femme enceinte de sept mois.* (Bull. Soc. d'Obst. et de Gynec., avril 1933, p. 336).
- LEMARIGNIER. — *De l'évolution des hématomes traumatiques.* (Thèse, Paris, 1866).
- LOEPER et TURPIN. — *Volumineux hématome du grand droit et du psoas ; complication ultime d'une hépatique chronique hypertrophique. Ictère hématogène secondaire et cédérose viscérale.* (Société Médicale des Hôpitaux de Paris, 27 juillet 1923).
- Hématome musculaire et insuffisance hépatique.* (Le Monde Médical, 15 septembre 1923).
- MAC LEMAN. — *Hémorragie du grand droit aux dépens de l'artère épigastrique.* (The British Medicinal Journal, n° 3515, mai 1928, page 895).
- MAYNARD. — *Spontaneous rupture of right rectus abdominis muscle in soldier.* Case report. (Mil Surgeon 67 : 60-61, July, 1930).
- MELCHIOR. — *La rupture spontanée des muscles grands droits de l'abdomen.* (Arch. für Klinische Chir., CLXX, fasc. 1 et 2, 4 mai 1932).
- MONTGOMERY J. H. — *Rupture of abdominal wall with coils of intestine prolapsed through perforation in woman 5 months pregnant.* (China M. Journ., juillet 1922, p. 297).
- PATEL. — *Rupture spontanée du muscle grand droit avec hémorragie artérielle consécutive.* (Société de Chirurgie, 3 juin 1926. In-La. Presse Médicale, 1920, n° 39).
- POLLET. — *Le temps de saignement. Sa valeur diagnostique et pronostique dans les états hémorragiques chroniques.* (Gazette des Hôpitaux, 22 décembre 1923).
- POULAIN. — *Les hématomes du grand droit des hépatiques.* (Thèse, Paris, 1924).

- RAMOND. — *Conférences de clinique médicale.*
- ROGER, VIDAL, TEISSIER. — *Traité de médecine* (Tomes 3, 22).
- ROLLIN. — *Des hématomes intra-musculaires dans les leucémies myéloïdes.* (Thèse, Lyon, 1909).
- ROMMELAERE. — *De la phlébectasie sous-cutanée de la paroi-antérieure du tronc.* (Etudes médicales, tome XIII, n° 291, Bruxelles, 1905).
- ROUVIÈRE. — *Traité d'anatomie* (Tome I).
- SABRAZES. — *Myosites aiguës, typhoïdes et para-typhoïdes* (Archives françaises de pathologie générale et expérimentale et d'anatomie pathologique, fascicule II, 1922).
- SCHROEDER. — *Spontanruptur und Hamatom des Musculus abdominalis als seltene Indikation zum Kaiserschnitt.* (Zentralblatt. f. Gynak., 25 mai 1929, p. 1320).
- SERGENT. — *Pathologie médicale* (Tome X. — Sang).
- SOURDAT et DE BUTLER. — *Hématomes du muscle grand droit de l'abdomen.* (Picardie Médicale, n° VIII, octobre 1934).
- SPIRITO P. — *Gli ematomi spontanei delle pareti abdominali e gli ematomi spontanei sopra fasciali delle pareti pelviche di pertinenza ostetrico-ginecologica.* (Rassegna Internaz. di clin. e terap., 15 août 1932, p. 787).
- STOHR. — *Spontanruptur und Hamatom des Musculus rectus abdom. unter dem Bilde eines perforations-nahen Ulcus ventriculi.* (Monatschr. f. Unfaflh., 37 : 101-105, March 1930).
- TAPIE. — *Les hématomes leucémiques* (Thèse, Toulouse, 1921).
- TESTUT. — *Anatomie humaine.* (Tome I^{er}).
- TESTUT et JACOB. — *Anatomie topographique.* (Tome II).
- WEHIK. — *Affections inflammatoires et hématomes du grand droit* (Acta chirurgica scandinavica. Tome LXIII, fasc. 6, juillet 1928, page 531).
-

TABLE DES MATIÈRES

	Page
INTRODUCTION	13
RAPPEL ANATOMIQUE	15
PHYSIOLOGIE	23
LA CLINIQUE	25
<i>a)</i> quelques observations	25
<i>b)</i> anatomie pathologique	37
<i>c)</i> symptomatologie	39
DIAGNOSTIC	43
PATHOGÉNIE	47
ETIOLOGIE	51
EVOLUTION	63
PRONOSTIC	67
TRAITEMENT	69
CONCLUSIONS	73
BIBLIOGRAPHIE	75

